



FACS – Faculdade de Saúde  
Curso: Psicologia

## Limite dos Modelos Biomédico e Biopsicossocial: o caso dos refugiados

**Glória Maria Santiago Pereira**

**Brasília  
Novembro de 2007.**

**Glória Maria Santiago Pereira**

**Limite dos Modelos Biomédico e Biopsicossocial: o caso dos  
refugiados.**

**Monografia apresentada ao  
Centro Universitário de Brasília  
como requisito básico para a  
obtenção do grau de Psicólogo da  
Faculdade de Ciências da Saúde.  
Professor-Orientador: José  
Bizerril Neto. Professor-Co-  
orientador: Fernando González  
Rey**

**Brasília, Novembro de 2007.**



Esta Monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

---

Prof. Msc. Alejandro Gabriel Olivieri

---

Prof. Dr. Fernando González Rey (co-orientador)

---

Prof. Dr. José Bizerril Neto (orientador)

---

Prof. Dr. Mauricio S. Neubern

A menção final obtida foi:

---

**Brasília, Novembro de 2007.**

**A Natasha, JR e ao Sr. Humberto (*in memoriam*).**

**Ao meu orientador Prof. Dr. José Bizerril Neto pela preciosa  
orientação e paciência.  
Ao Prof. Dr. Fernando González Rey, pois, através de suas construções  
em aula e nas orientações, foi possível desenvolver esse trabalho.**

**Sim, creio que a reflexão epistemológica pode enriquecer muito a construção teórica na clínica, embora possua, também, seus riscos. Possuímos, em nossa formação, uma ambição pela verdade e quando nos damos conta de que ela não existe (ao menos da forma que achamos) nossa prática se modifica, pois, percebemos que nossos fundamentos, de certo modo, carecem de fundamentos. Isso parece nos dar certo vazio, mas, também, permite uma clínica mais flexível.**  
**Maurício Neubern (2004, p.134)**

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
DESENVOLVIMENTO.....	9
Saúde e Diáspora: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial .....	9
“Refugiado”: Um breve entendimento sobre o conceito.....	21
Metodologia:.....	32
Sujeitos .....	32
Local .....	32
Tipo de Pesquisa.....	33
Material: .....	34
DISCUSSÃO:.....	34
A Representação de Saúde no Contexto das Migrações Forçadas .....	34
E o Modelo Biopsicossocial... ..	39
CONCLUSÃO.....	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	49

## RESUMO

O modelo biopsicossocial é considerado um novo paradigma na área do campo da saúde em contraponto ao dualismo biomédico clássico, o que não ocorre. A questão central deste trabalho é repensar de forma crítica sobre as práticas de saúde no atendimento a sujeitos que estão na situação de refugiados no Brasil. Inicialmente é feita uma breve discussão sobre o modelo biomédico tradicional, que continua predominante no campo da saúde, influenciando o modelo biopsicossocial, que não conseguiu romper com a visão biologicista e essencialista referente ao modelo biomédico. Através dos relatos de alguns refugiados foi possível inferir algumas problematizações sobre habituais práticas na área de saúde, como questões relacionadas a fatores culturais e a ausência de constructos teóricos na área de saúde que possibilitem um melhor atendimento a este grupo. Além disso, o modelo biopsicossocial não possui uma argumentação precisa, a produção acadêmica existente é insatisfatória, apesar, de haver na prática, profissionais que se colocam como praticantes do modelo biopsicossocial. Atribuir a variável social não basta, têm que haver um movimento no âmbito acadêmico, que formem profissionais de saúde que se preocupem com o sujeito que está a sua frente e não apenas com o quadro sintomatológico ou na espera de demandas que não chegam. Também deve-se ter uma preocupação em repensar a relação profissional de saúde/paciente, ambos são detentores de um saber e isso deve ser usado de maneira construtiva, entender o contexto sócio-cultural do paciente e principalmente ter uma escuta cuidadosa. Mas, para que isso ocorra, é necessário romper dogmas, entender que existem contextos que os sujeitos não se percebem de forma individualizada, o adoecer liga-se ao sistema cultural em que este está inserido, logo, a idéia de “eu” individualizado não existe. Logo, não basta criar novos modelos de intervenção, como é o caso da visão biopsicossocial, se não houver o rompimento com o modelo biologicista. Existe a necessidade da fomentação de pesquisas na área de saúde que situem realmente o modelo biopsicossocial como um conhecimento diferenciado.

Palavras-chave : modelo biopsicossocial; modelo biomédico; cultura



# INTRODUÇÃO

**Como todo o olhar sem fundo, como os olhos do outro, esse olhar dito “animal” me dá a ver o limite abissal do humano: o inumano ou o a-humano, os fins do homem, ou seja, a passagem das fronteiras a partir da qual o homem ousa se anunciar pelo a si mesmo, chamando-se assim pelo nome que ele acredita se dar.**  
**Jacques Derrida (2002,p.31)**

O presente trabalho visa investigar e relacionar a representação de saúde para os sujeitos que estão na situação de refugiados<sup>1</sup> no Brasil, aos modelos biomédico e biopsicossocial, utilizados pelos profissionais de saúde. Além disso, visualizar os limites da aplicação dos modelos biopsicossocial e biomédico no contexto dos sujeitos que estão na situação de refugiados.

O presente trabalho tem como foco, perceber a inter-relação entre o processo de migração forçada e a representação de saúde neste processo através do relato de sujeitos na condição de refugiados. E através do contexto dos refugiados, problematizar a visão hegemônica que informa os profissionais de saúde no atendimento a estes sujeitos. Em função de ser um tema ainda pouco conhecido na psicologia, a pesquisa visa também desmistificar concepções apriorísticas a fim de criar abertura para reflexões e práticas acerca do tema.

O tema “migração” não se trata de um assunto novo. Está relacionado historicamente ao fenômeno da mobilidade humana, pelos menos desde antigüidade, como no caso do êxodo dos judeus, e mais recentemente com a expansão colonial moderna. O fato é que atualmente com o advento da “globalização”, o cenário que envolve os processos migratórios sofreu diversas mudanças. Dentre os diversos efeitos desse processo, temos o aviltamento da identidade nacional; o esfacelamento sócio-

---

<sup>1</sup> Segundo a lei nº 9.474/97.

cultural. Em relação a esses aspectos, ocorreu à formação de blocos, fundamentados preponderantemente, na dimensão econômica, com um aprofundamento das desigualdades sociais e econômicas, entre países e blocos. Juntamente com esses fatores, surge o fenômeno refugiado. Para compreendê-lo, além de todos os fatores citados acima, busco um entendimento a partir da experiência dos sujeitos que estão na situação de migração forçada, focando na representação de “saúde” para estes sujeitos.

Refletindo sobre as considerações acima, torna-se necessário a problematização da especificidade social, cultural e política envolvida na questão dos refugiados, em particular sua implicação no âmbito do atendimento de saúde prestado a sujeitos nesta condição.

## **DESENVOLVIMENTO**

### **Fundamentação Teórica**

#### **Saúde e Diáspora: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**

A busca de um lugar seguro no processo de migração involuntária pode acarretar inúmeros problemas e conflitos para os sujeitos envolvidos nesta situação. Questões envolvendo o tema saúde apresentam-se como um fator de conflito. Segundo os autores Albuquerque de Santana e Lotufo Neto (2004), prestar assistência de saúde para as pessoas na situação de migração forçada, requer paciência e reflexão, pois, os conflitos interculturais sobre o “refugiado” exigem um esforço por parte dos profissionais envolvidos no atendimento a estes sujeitos.

Deve-se pensar que os refugiados são oriundos de vários espaços, com dinâmicas sócio-culturais diversas. Além disso, o processo de diáspora impõe o encontro destes sujeitos com outras estruturas culturais em um espaço curto de tempo, ou seja, o migrante se vê conectado a várias culturas e ao mesmo tempo a nenhuma.

Qualquer profissional – neste caso, o profissional de saúde – deve buscar entender o contexto social, cultural e subjetivo dos sujeitos que estão na situação de refugiados, como é para estes a representação de saúde e doença, por exemplo. Atualmente, a OMS<sup>2</sup> entende o conceito de saúde como: “*estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade.*”.

Essa abertura na visão sobre a saúde e sua representação na constituição do sujeito possibilitou ampliar o conhecimento sobre o tema, principalmente por parte da visão biomédica, integrando o contexto social à representação de saúde. Para o autor Laplantine (2004), todas as sociedades possuem modelos de *compreensão* do que seria um sujeito doente em seu próprio sistema.

Compreender a saúde a partir da *lógica* social em que o sujeito está inserido, é algo que exige uma *complexa* (des)construção de pensamentos teóricos e práticos de diferentes áreas do conhecimento – como a sociologia, psicologia, antropologia, entre outros (González Rey, 2004a).

Existe um recorte predominante na história dita “ocidental” que enfatiza uma linearidade e a construção de modelos teóricos padronizados sobre o adoecer, desde explicações mágicas a um objetivismo cartesiano. Como coloca o autor Laplantine (2004):

Passamos sucessivamente de uma explicação teológico-jurídica a uma explicação médico-biológica, e desta última a uma explicação psicológica e psiquiátrica. Não obstante, na maior parte dos casos, as interpretações conscientes da doença e da cura não passam de normas culturais eminentemente relativas (p.33).

A noção entre normal e o patológico no caso dos sujeitos em situação de diáspora perpassa questões que vão além de explicações prontas e objetivas. Existe todo

---

<sup>2</sup> Organização Mundial de Saúde.

um contexto histórico, social e subjetivo envolvido nas explicações sobre saúde e adoecimento. Existe uma tendência ao pensamento etnocêntrico neste caso, pois, são várias culturas comunicando-se de realidades diferentes em várias partes do mundo, em um fluxo rápido (DeBiaggi, 2004). Frequentemente os profissionais de saúde não levam em conta o aspecto de comunicação intercultural envolvido em sua prática.

A padronização sobre o conceito de normalidade e anormalidade, reflete uma visão maniqueísta existente na visão biomédica atual. A doença seria um mal e a saúde o bem que deve ser alcançado, através da erradicação do núcleo causador da doença. Enfim, existe um esforço por parte da medicina em pensar sobre a doença, através de inúmeras pesquisas sobre parasitas, tumores e etc. (Canguilhem, 2006).

Como diz o autor citado acima: “A convicção de poder restaurar cientificamente o normal é tal que acaba por anular o patológico. A doença deixa de ser objeto de angústia para o homem são e tornar-se objeto de estudo para o teórico da saúde” (Canguilhem, 2006, p.73).

Existe na afirmação explicitada acima, um movimento do saber médico, que exclui o sujeito. Este não sabe sobre sua doença, o possuidor desse “conhecimento”, seria o cientista da saúde, especializado em patologias.

Deve-se levar em consideração o período histórico e cultural, em que a ciência da saúde desenvolveu-se. Segundo o autor Foucault (2006), a modernidade junto com idéias de progresso e cientificidade, transformou a doença em um discurso pronto para ser lido e interpretado pelo olhar clínico. Discurso que se expressa em sintomas, nosografias, distúrbios, transtornos, síndromes e sinais vitais.

“A saúde é a vida no silêncio dos órgãos” (Leriche, 1973 *apud* Canguilhem, 2006, p.57). Sendo assim, a doença seria em última estância, o que faz o corpo falar. Na medicina tradicional, a doença seria um “problema” que determina exigências de saber

e configura necessidades de cuidado e intervenção. Como diz o autor Canguilhem (2006): “O espanto verdadeiro vital é a angústia suscitada pela doença” (p.76).

Com isso, o patológico não possui uma gramática própria. A maneira com que ela fala depende da maneira com que organizamos o que há de ser visto e ouvido. (Foucault, 2006).

A princípio, tudo isto pode parecer muito abstrato e especulativo. Afinal, estamos acostumados a pensar que a configuração do nosso saber sobre a doença é resultado direto da eficácia em combater o sofrimento e em re-instaurar a saúde.

Quando pensamos sobre o contexto da saúde e adoecimento, devemos pensar sobre as ideologias<sup>3</sup> envolvidas, postulando um saber e uma prática voltada para o estudo do fenômeno em si, como se não houvesse um contexto histórico-cultural influenciando o fenômeno – neste caso, o motivo do adoecimento (Canguilhem, 2006).

Corroborando a afirmação acima, o autor Foucault (2006) diz que:

*(...) Desde o século XVIII, a medicina tem tendência a narrar sua própria história como se o leito dos doentes tivesse sido sempre um lugar de experiências constante e estável, em oposição às teorias e sistemas que teriam estado em permanente mudança e mascarado, sob sua especulação, a pureza da evidência clínica (p.59-60).*

Essa visão padronizada do que seria sofrimento para os sujeitos, esquece a experiência que cada um possui sobre sua “dor”, desconsidera que existe uma mudança constante de configuração sobre o que é sofrimento.

Poderíamos tentar dizer que a experiência da dor é algo que ancora o sofrimento em um solo inquestionável e indiferente a contextos. Mas, novamente, não seria difícil lembrar como não há nenhuma relação imediata entre dor física e o desprazer de um sofrimento vivenciado como doença que leva os sujeitos a se submeterem à clínica.

Como disse, o autor Nietzsche:

---

<sup>3</sup> É ideológico todo o sistema de saber e de orientação da práxis que procura naturalizar seus dispositivos de justificação (Foucault, 1979).

*Todas as características pessoais de que um homem tem consciência – principalmente quando supõe que os que o rodeiam as vêem, de uma maneira óbvia – estão submetidas a leis de evolução absolutamente diferentes daquelas que regem as qualidades que ele conhece mal ou não conhece (2006, p.42).*

Devemos sempre perguntar: o que está pressuposto em afirmações como alguém sofre de Transtorno Obsessivo-Compulsivo ou alguém que sofre de Transtorno de Identidade de Gênero? Dentre várias coisas, vale sempre a pena perceber como a doença é compreendida, nestes casos, como um fenômeno de funções-órgãos tomados de maneira isolada.

Por trás da construção de patologias que permitem a constituição de diagnósticos e intervenções que privilegiam categorias pontuais, há a crença fundamental de que a doença nada mais é do que uma forma de distúrbio, transtorno, déficit ou excesso que acontece no nível de funções e órgãos. Isto legitima uma prática que compreende a diferença entre normal e patológico como uma mera diferença quantitativa, como se os fenômenos patológicos fossem, no organismo vivo, apenas variações quantitativas de base fisiológica (Canguilhem, 2006).

Essa perspectiva por sua vez, possibilita tanto uma clínica submetida à fisiologia quanto uma terapêutica que se submete de maneira praticamente sem limites à medicalização, já que ela é o caminho mais curto para a regulação de variações quantitativas de base fisiológica. Pois, a doença nada mais é do que um subvalor derivado do normal. A definição do normal como estrutura valorativa positiva que define o campo da clínica (Canguilhem, 2006).

Desta forma, a gramática de nossa época pode ser atomizada e quantificadora porque ela se submete a um ideal normativo assentado na crença e na possibilidade de determinar o normal como estrutura valorativa positiva. Neste sentido, o discurso hegemônico das ciências médicas e médico-psiquiátricas da contemporaneidade não

inovou. Na verdade, ele simplesmente reatualizou, como dizia Canguilhem (2006), “uma espécie de dogma cientificamente garantido” a respeito da distinção entre normal e patológico que nos remete novamente ao século XIX.

Deve-se pensar novas formas de “hermenêutica”<sup>4</sup> no contexto da saúde. Quando se fala em relações interculturais, o foco inicial deve ser o tema cultura, antes de qualquer teorização pronta, ou seja, partindo de um saber etnocêntrico. Todas as culturas de certa forma possuem seus costumes próprios e conflitos também, não existe uma sociedade homogênea, onde todos os seus membros estejam *inteiramente unidos* e coesos (Carvalho, 2005).

Em função desta heterogeneidade cultural, a história possui inúmeros exemplos sobre modelos médicos, “populares” e “costumes” variados que surgiram e ressurgem em diferentes tempos e épocas, exemplificando esta colocação, cito o autor Carvalho (2005), que diz:

Ao abordar a questão dos usos e costumes na Inglaterra do século XVIII, Thompson, argumenta que o termo “costume”, na época, “incorporava muitos dos sentidos que atribuímos hoje à “cultura”. Para ele, muito “longe de exibir a permanência sugerida pela palavra ‘tradição’, o costume [ou a cultura] era um campo para a mudança e a disputa, uma arena na qual interesses opostos apresentavam reivindicações conflitantes (p. 23).

Atualmente no campo do saber biomédico vigente, existe uma tentativa de diminuir os conflitos existentes entre o contexto do paciente e do saber médico, a partir da visão biopsicossocial. Segundo o autor De Marco (2006), o modelo biopsicossocial compreende a seguinte explicação:

A perspectiva que tem como referência o modelo biopsicossocial tem-se afirmado progressivamente. Ela proporciona uma visão integral do ser e do adoecer que compreende as dimensões físicas, psicológica e social. Quando incorporada ao modelo de formação do médico

---

<sup>4</sup> Faço referência à idéia de hermenêutica do autor Gadamer(1993). Para este autor a interpretação ou *compreensão* é mediada por um contexto histórico.

coloca a necessidade de que o profissional, além do aprendizado e evolução das habilidades técnico-instrumentais, evolua também as capacidades relacionais que permitem o estabelecimento de um vínculo adequado e uma comunicação efetiva (p.64).

A perspectiva biopsicossocial surge como uma alternativa contrária à visão biomédica tradicional. Ao perceber a necessidade de contemplar aspectos psíquicos e sociais que envolvem o contexto do sujeito, o profissional de saúde depara-se com novas formas de práticas, exigindo uma reformulação no aprendizado, pois, não basta crer na existência do modelo biopsicossocial, tem que haver um diálogo contínuo entre conhecimento e prática (De Marco, 2006).

Na década de 50 o médico inglês Michael Balint iniciou um grupo de estudo com médicos que faziam atendimento em um hospital na Inglaterra, as discussões giravam em torno da relação médico-paciente, Balint acreditava que o momento da consulta gerava angústia ao paciente, principalmente quando este não conseguia entender o seu diagnóstico, logo, o médico em sua prática clínica seria o desencadeador de alguns sintomas (Mello Filho, 2002).

Segundo o autor Balint(1986), o médico deve levar em consideração aspectos emocionais e afetivos do paciente no momento da consulta, ouvir sua história de vida, seus traumas e suas angústias. Após estabelecer um momento de acolhimento, o profissional de saúde deve informar o diagnóstico, pois, o indivíduo à sua frente está em busca de um nome para sua doença e não necessariamente de uma cura para o seu sintoma.

As pesquisas do autor Balint influenciaram o surgimento do modelo biopsicossocial, no que concerne o processo de humanização no campo da saúde. Deve-se levar em consideração aspectos psicológicos na relação clínica (De Marco, 2006).

Algumas pesquisas na área de saúde, demonstram na prática como o modelo biopsicossocial está se desenvolvendo. Apresento como exemplo o artigo intitulado



*“Influência das Variáveis Biopsicossociais na Qualidade de Vida em Asmáticos”*. Em resumo a pesquisa partiu do pressuposto que pessoas na condição de asmáticos poderiam ter uma qualidade de vida comprometida. Para comprovar tal fato, foram utilizados diferentes questionários de auto-resposta. As variáveis dividiam-se da seguinte forma: os fatores biológicos (gravidade da doença, duração e tipo clínico), aspectos sociais (gênero, idade e grau de instrução) e psicológicos (cognições, emoções e comportamentos).

Depois, os dados recebidos através dos questionários respondidos por cinquenta e cinco pessoas (asmáticas, de ambos os sexos e na faixa etária entre dezesseis e setenta e três anos), recebeu um tratamento estatístico, que concluiu que pessoas com nível de escolaridade baixo não respondiam bem ao tratamento, enquanto, pessoas ditas com *“habilidades literárias”*, conseguiam responder melhor ao tratamento. Segundo os autores desta pesquisa, essa conclusão corrobora outras pesquisas anteriores, demonstrando que existe a necessidade de uma melhor *“percepção do estado de saúde geral”* por parte das pessoas com adoecimento, ou seja, devem entender a linguagem médica, para assim terem uma melhor *qualidade de vida* (Matos & Machado, 2007).

Partindo da pesquisa explicitada acima, é possível perceber algumas problematizações em relação ao modelo biopsicossocial. Ao atribuírem variáveis para fatores sociais e psíquicos, já cria uma visão fragmentada sobre o sujeito na situação de adoecimento.

Como foi colocado inicialmente, a proposta biopsicossocial tem como ênfase, criar um espaço dialógico entre os fatores psicológicos, biológicos e sociais, mas, a ainda existe uma predominância do modelo biomédico.

Ao pensar o contexto social a partir de variáveis objetivas e encapsuladas -idade e grau de instrução, por exemplo - de forma descritiva e isolada, tende-se a reduzir o fenômeno social à potencialidades individuais (Bourdieu, 2007).

O fato é que não existe uma discussão epistemológica na atuação sobre o modelo biopsicossocial. Ao atribuir o social como uma variável, não existe um detalhamento claro sobre o lugar do social no processo de adoecimento. Além disso, não existe também uma definição satisfatória sobre o termo, o fato de existir o termo não pressupõe seu entendimento.

Segundo o autor González Rey (2004b), a *qualidade de vida* de um sujeito não deve ser entendida, sem levar em consideração a configuração sócio-cultural e subjetiva que os sujeitos estão inseridos.

O fato é que o modelo biopsicossocial não rompeu com a visão dualista e causal que a visão biomédica está inserida, ainda, prevalece uma visão fragmentada sobre a relação saúde e doença. A inter-relação entre os aspectos orgânicos, psicológicos e sociais já existe desde Hipócrates, este tinha uma preocupação em escutar o paciente antes de preceder um diagnóstico. Depois, a partir da década de 30, com a influência da psicanálise, a medicina psicossomática começou a desenvolver uma relação entre a subjetividade e as reações do organismo (Traverso-Yépez, 2001).

Mesmo com o desenvolvimento de áreas como a psicanálise, privilegiando a experiência subjetiva no processo de adoecimento e posteriormente a psicologia social, que buscava entender a influência da dinâmica social sobre os sujeitos, o modelo biomédico ainda possui uma hegemonia sobre o contexto da saúde (*ibidem*, 2001).

Para o autor Helman (2000), o modelo biopsicossocial é uma extensão da visão psicossomática, ao incluir a influência dos fatores sócio-culturais no processo de adoecimento. Apesar da psicossomática e a visão biopsicossocial levar em consideração

aspectos *multicausais* –como fatores sócio-culturais - na relação saúde-doença, ainda existe uma inclinação em entender a doença a partir de uma causalidade objetiva, em termos de síndromes ou transtornos psicológicos.

Houve um desenvolvimento considerável da psicossomática e da visão biologicista no contexto da saúde, enquanto o social foi relegado a um papel secundário. A entrada de pesquisas *psicossociais* sobre o processo de adoecimento, teve reconhecimento a partir da *década de 70* (González Rey, 2004a).

Historicamente, a Psicologia desde sua fundação, por Wundt em 1879, sempre esteve em um contexto ambíguo. Wundt criou uma psicologia experimental e a *Völkerpsychologie* (psicologia das massas), a primeira tinha como objetivo legitimar a psicologia como ciência, enquanto a segunda se preocupava com as origens da mente, Wundt permaneceu estudando a psicologia experimental e deixou a *Völkerpsychologie* para seus descendentes.

Ele acreditava que naquela época, havia necessidade de legitimação da psicologia nos moldes da ciência vigente (distanciamento da metafísica, passível de experimentação, etc.), a *Völkerpsychologie* era uma área diferente dos padrões positivistas da época, apesar do próprio Wundt acreditar que elas se complementavam (Moscovici, 2001).

Com isso, houve algumas divisões na psicologia, fatores políticos e sociais influenciaram essa dicotomia entre psicologia “individual” e psicologia social moderna. No período da primeira e segunda guerra mundial, houve o florescimento dos estudos voltados para testes psicométricos, à imigração de teóricos da Gestalt e da Psicanálise vindos da Áustria e Alemanha Nazista, influenciou na maneira pela qual a Psicologia Social se desenvolveu. Como disse Farr (2001, p.26):

*A migração dos psicólogos da Gestalt da Áustria e Alemanha para América foi a fonte principal de inspiração para a Psicologia Social cognitiva, suas raízes devem ser*

*buscadas na Fenomenologia. Essa era uma forma de filosofia claramente distinta do que se tinha estabelecido na América, na forma de behaviorismo, durante o período entre as duas guerras mundiais.(..)dessas duas teorias rivais surgiu a Psicologia Social moderna...”. O fato é que a Psicologia Social moderna têm como raízes predominantes, o pensamento norte-americano.*

A teoria de Moscovici surge dentro da Psicologia Social com enfoque sociológico. Após a publicação em 1961 de *La Psychanalyse : Son image et son public*, houve uma quebra entre a Psicologia Social predominante nos Estados Unidos e a Psicologia Social Européia, cujo olhar sociológico possui como ancestralidade Durkheim e o próprio autor Moscovici o elegeu como tal (Farr, 2000).

Essa escolha de ancestralidade feita por Moscovici pode ter gerado algumas confusões, como escreve o autor Duveen:

*Na verdade, Farr chegou a sugerir que a representação radical, feita por Durkheim(1891/1974), de representações “individuais” e “coletivas”, contribuiu para a institucionalização duma crise na psicologia social, que perdura até hoje. Durante o século vinte, sempre que formas “sociais” de psicologia surgiram, nós testemunhamos o mesmo drama de exclusão, que marcou a recepção do trabalho de Wundt” (Moscovici, 2000,p.11).*

É possível perceber que na história do campo “psi”<sup>5</sup>, existe o espaço social e o individual com delimitações entre si. Pensar o social envolvendo o individual , sempre suscitou contradições, como próprio autor González Rey diz: (sic)*o social fica reduzido ao estudo do comportamento nas relações, não existe em nível simbólico, nem tem qualquer outro nível de institucionalização que não seja comportamental. Assim, o social se limita a um conjunto de variáveis externas que atuam sobre o indivíduo.*(2004b,p.72).

Além da psicologia social, em contraponto a visão psicanalítica e biologicista sobre o processo de adoecimento, temos a influência da fenomenologia e do existencialismo, nas práticas de saúde. A autora Forghieri (1993), introduz que: “A

---

<sup>5</sup> Refiro-me como campo “psi” a psicologia e psiquiatria.

pesquisa fenomenológica no campo da Psicologia é relativamente recente, pois as primeiras publicações sobre esse assunto começaram a aparecer a partir da década de setenta nos Estados Unidos da América” (p.68).

A influência de Heidegger, através de sua teoria *antimetafísica* e a *epoquê*<sup>6</sup> fenomenológica de Husserl, fundamentou consideravelmente as práticas de saúde no contexto psiquiátrico – neste caso, movimentos que tinham uma ênfase na antipsiquiatria – ou de *saúde coletiva* (Nogueira, 2006).

Historicamente, a visão existencial no contexto de saúde no Brasil, contribuiu para um processo de *humanização* nesta área. Ao levar em consideração, aspectos da experiência do *Dasein*<sup>7</sup> no adoecimento foi um avanço significativo (mesmo com a psicanálise), pois, até então, havia uma visão cartesiana, de objeto para objeto (Ayres, 2005).

A leitura de *Dasein* feita no Brasil por parte dos profissionais e pesquisadores na área da saúde, foi influenciada pela Psicanálise. A *daseinanálise* surgiu na Europa, seu principal expoente - pelo menos conhecido – foi o psiquiatra e psicanalista suíço do século XIX , cujo nome é *Binswanger* (Nogueira, 2006).

A *daseinanálise* tinha como proposta entender o ser humano, partindo de uma cosmovisão universal, fundamentada no amor. Nesta perspectiva o “*dasein seria um ser- no- mundo para além-do-mundo*” (*ibidem*, 2006, p.336).

Apesar da *daseinanálise*, ter uma preocupação em manter uma postura ética, voltada para a experiência do sujeito – outro, ela ainda continua a entender o processo de adoecimento e saúde, partindo de um viés universal e dualista. As enfermidades ditas

---

<sup>6</sup> Literalmente quer dizer: “*suspensão de juízo*”. Para o autor Husserl, a consciência poderia ser estudada através da mente em si mesma. Para este autor a realidade é totalmente influenciada pela nossa percepção (Abbagnano, 2000).

<sup>7</sup> *Da-sein* “ser-aí”. Heidegger entendia o homem como um ser sem uma essência. Para este, o homem não estava localizado em uma faculdade específica, como: corpo, alma e espírito. Significando, que o homem deveria decidir como “*ser*” (Inwood, 2002).

somáticas são entendidas a partir de fatores *multicausais*. Apesar de haver atualmente, uma visão menos determinista no campo da saúde, até por influência da psicanálise e da ontologia *Heideggeriana*, ainda existe a relação “*sintoma + lesão + agente físico*” (Ayres, 2005; Loparic, 2002; Nogueira 2006).

A relação entre saúde-doença, deve ser entendida, levando em consideração aspectos que abarcam valores sócio-culturais e subjetivos de forma contextualizada. Segundo o autor González Rey (2004a), que diz:

*Não se deve associar a saúde a um estado de normalidade, visto que, de forma individual, é um processo único que não se repete e que apresenta manifestações próprias. A saúde não é uma média, é uma integração funcional obtida individualmente, mediante múltiplas alternativas (p.02).*

Compreender a saúde como um processo dinâmico e complexo, não tem como ênfase apenas incluir novos conceitos – neste caso, refiro-me ao modelo biopsicossocial especificamente -, é preciso uma reformulação teórica. O presente trabalho não tem como pretensão negar a importância tanto do modelo biomédico, como do modelo biopsicossocial, pois, seria um erro.

A intenção neste caso é buscar caminhos para entender o desenvolvimento das práticas na área da saúde, a fim de possibilitar novas reflexões e não o contrário. Até mesmo porque os sujeitos que estão no contexto migratório em questão, possuem uma idéia de saúde e adoecimento diferente dos substratos teóricos vigentes, por isso deve ser entendido de forma dinâmica e dialógica.

### **“Refugiado”: Um breve entendimento sobre o conceito.**

Para prosseguir com a discussão, seria importante um entendimento sobre a definição de “refugiado”, para evitar visões errôneas sobre os sujeitos desta pesquisa.

No Brasil, a condição de refugiado é definida juridicamente pela lei nº. 9.474<sup>8</sup>, instituída em 22 de Julho de 1997, que decreta:

Art 1º Será reconhecido como refugiado todo indivíduo que:

I – devido a fundados temores de perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas encontre-se fora de seu país de nacionalidade e não possa ou não queira acolher-se à proteção de tal país;

II - não tendo nacionalidade e estando fora do país onde antes teve sua residência habitual, não possa ou não queira regressar a ele, em função das circunstâncias descritas no inciso anterior;

III – devido à grave e generalizada violação de direitos humanos, é obrigado a deixar seu país de nacionalidade para buscar refúgio em outro país.

Atualmente existem 3.428 refugiados no Brasil<sup>9</sup>, seguindo essa definição jurídica e estima-se a existência de vinte milhões<sup>10</sup> no mundo todo.

Os autores Marinucci e Milesi (2003), salientam que as pessoas que saem atualmente do seu país não o fazem apenas por motivos de ameaças e perseguições políticas de maneira direta. Em função dos processos que envolvem a globalização, as pessoas saem do seu lar por motivos envolvendo a degradação ambiental, fome e falta de emprego. Apesar de não serem considerados refugiados, estes estariam sofrendo ameaças a sua própria vida de maneira indireta, pelos fatores citados acima.

Outro questionamento que os mesmos autores fazem, é a diferença que existe do entendimento sobre o estatuto do refugiado, nos países em que estes se encontram. Principalmente os países ricos, ao contextualizar o estatuto no seu sistema, acabam por aumentar os problemas referentes ao conceito, promulgando a xenofobia, a

---

<sup>8</sup> Essa lei, decretada pelo Congresso Nacional do Brasil, define mecanismos para implementação do Estatuto dos refugiados de 1951, e determina outras providências.

<sup>9</sup> Fonte: CONARE (Comissão Nacional para Assuntos dos Refugiados)

<sup>10</sup> Fonte: ACNUR (Alto Comissariado da ONU para Assuntos dos Refugiados)

discriminação racial e o desentendimento entre as culturas que se encontram neste processo migratório. Como os autores colocam:

(..)após os acontecimentos do dia 11 de setembro, o que está ocorrendo é justamente o contrário.

A conjuntura geopolítica contemporânea, longe de promover a ampliação do conceito e da proteção ao refugiado, reduziu sensivelmente a aceitação dos pedidos de asilo. O espectro do terrorismo, fez com que numerosos países, historicamente acolhedores de refugiados, percebessem o estatuto do refugiado um meio utilizado por terroristas para ingressar nos países ocidentais (p.16).

O Brasil, segundo o autor Almeida (2001), é um país que se diferencia do estatuto clássico de outros países da América, subsidiando na lei nº 9.474, conceitos do estatuto do refugiado de 1951, a Declaração de Cartagena de 1984 e a Declaração Universal dos direitos Humanos. O autor ainda explicita que:

É a primeira lei brasileira a criar uma estrutura [CONARE] na Administração Pública e um procedimento próprio para **implementar** um Tratado de Direito Internacional dos Direitos Humanos. Trata-se do exercício do Direito Cosmopolítico, como definido por KANT(p.156).

O entendimento sucinto sobre o fenômeno dos refugiados, a partir da ótica jurídica e política, visa apenas demarcar o ponto de partida da investigação desse tema complexo. Doravante, serão explicitadas vertentes teóricas, para empreender um grau de inteligibilidade entre o conceito de refugiado, a experiência deste sujeito e suas vicissitudes sógnicas que se entrelaçam espistemicamente, mantendo o compromisso interdisciplinar e dinâmico destas em relação ao tema proposto.

Partindo de uma análise sociológica, o autor Sayad (1998), é um expoente no que se refere ao entendimento dos fatores sobre migrações, com um recorte que abrange desde psicanálise, passando pela antropologia, filosofia e sociologia, ele busca ao máximo um entendimento sobre o tema. Como ele próprio diz:



(..) a única concordância quanto à imigração é de que ela é um fato social completo. Assim, há o “emigrante”, aquele que saiu de sua própria sociedade, e há o imigrante, aquele que chegou a uma terra de estranhos: o paradoxal é que ambos são a mesma e única pessoa (1998, p. 45).

A condição do refugiado, também está intrinsecamente ligada a questões que envolvem poder e dominação. Bauman (1999), um pensador contemporâneo na pós-modernidade, coloca que atualmente vivemos em uma situação de universalismo entre as pessoas, no que se refere ao consumo. Particularmente no sentido de que a capacidade e a vontade de consumir tornaram-se índices de valor humano e da possibilidade de inclusão social. Atualmente a sociedade, dita ocidental, lida com objetos e não com pessoas, como será que fica a questão dos refugiados em sociedades que supervaloriza o que é descartável e fugaz?

Outra questão, que o mesmo autor (Bauman, 2005) coloca, é como vem sendo feita à reorganização de espaços para indivíduos que estão fora do ideal consumista neoliberal. As imigrações em países desenvolvidos e emergentes têm ocorrido de maneira frenética e desorganizada, sendo necessário diminuir esses êxodos, segundo autoridades responsáveis pelo assunto. Como ele diz:

A “população excedente” é mais uma variedade de refugo humano. Ao contrário do homini sacri, das “vidas indignas de serem vividas”, das vítimas dos projetos de construção da ordem, seus membros não são “alvos legítimos” excluídos da proteção da lei por ordem do soberano. São, em vez disso “baixas colaterais, não intencionais e não planejadas, do desenvolvimento econômico ( p. 53).

Bauman, neste momento traça um panorama sobre como algumas sociedades enxergam os grupos marginalizados. Outrora, eles eram bem-vindos, como força de trabalho para o pleno desenvolvimento destas nações soberanas. Apesar de o autor fazer referência aos migrantes econômicos, é interessante ressaltar que os refugiados são produtos da aceleração do capitalismo neoliberal. Existem atualmente as nações com

alto índice de desenvolvimento econômico e outras que ficam submissas ao poder capitalista de quem detêm o maior PIB.

Prosseguindo com o pensamento do autor Bauman (2005), embora haja nuances conceituais que diferenciam o migrante econômico e o refugiado, a existência de ambos relaciona-se a problemas derivados do jogo de poder econômico que as sociedades de consumo projetam e não conseguem resolver. Com isso começam a criar mecanismos de defesa para combater os supostos culpados de maneira esquizofrênica. A existência de um outro como inimigo é apenas uma crença ilusória de que tudo estava bem até o aparecimento desses marginais que visam apenas perturbar a ordem e não o contrário. Bauman (2005) coloca que: “Os refugiados, os deslocados, as pessoas em busca de asilo, os migrantes, os *sans papiers* constituem o refugio da globalização.” (p. 76)

O refugiado está em situação de “migração forçada”, como coloca Milesi et al. (2005), por diversos motivos que o impedem de continuar em seu país (perseguições sociais, ideológicas, religiosas, entre outras). O seu desejo é encontrar um pouso seguro. Passada a fase inicial, as possíveis alteridades começam a se apresentar, as implicações que podem ocorrer, não são apenas para o sujeito que encontra-se na situação de exilado, mas também para a população da nação que o recebe, com possíveis consequências de exclusão para o refugiado Pacelli Ferreira afirma que:

A experiência migrante nos mostra que a circulação no terreno estranho é perigosa. Principalmente quando os próprios contornos se encontram mais fragmentados pela perda dos suportes originais. Nesta posição, o eu se vê ameaçado pelo arrebatamento do estranho de dentro e de fora, já que a aventura do migrante inclui o desejo de ser outro. (Pacelli Ferreira, 2005, p. 158).

O migrante ao se deslocar fisicamente, experimenta situações paradoxais no que concerne à subjetividade e temporalidade, à vontade de retornar se alia ao mesmo tempo à necessidade de ficar, passado, presente e futuro estão interligadas, as temporalidades

das circunstâncias que eles se encontram é algo *ad infinitum*, e as implicações decorrentes são imprevisíveis, introduz Oliveira (2005).

Ainda que não desenvolva uma discussão específica sobre a questão dos refugiados ou da imigração, o autor González Rey (2005b) contempla um entendimento teórico-prático sobre identidade e subjetividade social. Ele coloca que a subjetividade seria a maneira pela qual o sujeito constrói um sentido aos fatores sógnicos que introjetam. Não ocorrendo de maneira estática e temporal, a construção se dá de maneira temporal, dinâmica e contextual. Como ele mesmo define:

A subjetividade seria, de acordo com a definição por nós proposta dentro da perspectiva histórico-cultural, um sistema não fundado sobre invariantes universais que teria como unidade central às configurações de sentido que integram o atual e histórico em cada momento de ação do sujeito, nas diversas áreas de sua vida. Dessa forma, a historicidade dos sistemas de sentido subjetivo aparece como momentos de sentido da ação atual do sujeito (Rey, 2005a, p.35).

Em outro texto, González Rey (2002) busca esclarecer que para ele, o fenômeno da subjetividade ocorre, porque existe um sujeito participativo neste processo, esse sujeito possui pensamentos prévios, intenções acerca dos acontecimentos que ele introjeta e uma história que o influenciará em futuras experiências.

Contudo, não se pode esquecer as implicações que a subjetividade pode oferecer em relação à identidade do refugiado, pois, ele é um ser que está passando por constantes transformações. Hall (2005), um pensador da diáspora<sup>11</sup>, coloca que atualmente a identidade dos indivíduos é (re)construída a partir do momento e contexto em que ele se encontra. Além das trocas culturais, ocorre o que ele chama de hibridização da identidade, pela qual o sujeito assimila e introduz *constructos* identitários. Por envolver o fenômeno migratório, esse tema se aplica aos refugiados.

---

<sup>11</sup> Palavra de origem grega, “*dispersão*”. Atualmente se aplica este termo também para desagregação compulsória e por sentido para os descendentes de africanos nas Américas e na Europa e o rico patrimônio cultural que construíram. (Lopes, 2004)

Quando se fala em identidade e subjetividade, imediatamente insere-se o conceito “alteridade”, que vai além dos substratos geográficos e culturais como diferença principal. A *différance*<sup>12</sup> coloca-se como um meio de produção discursiva, não é apenas descritivo, envolve identificação e relação com o outro, algo extremamente importante, que pode suscitar estigmas, discriminação e exclusão de um sujeito. Corroborando com esta colocação, o autor Hall (2000) diz que: “E uma vez que, como num processo, a identificação opera por meio da *différance*, ela envolve um trabalho discursivo, o fechamento e a marcação de fronteiras simbólicas, a produção de “efeitos de fronteiras.” (p.106)

O pensador Bhabha (1998) coloca que as identidades dos sujeitos pós-modernos e diaspóricos vão além das narrativas de subjetividades originárias étnicas ou culturais que aparecem inicialmente nos discursos que excluem a “singularidade” destes. Deve-se pensar no “*entre-lugares*” desses espaços discursivos, perceber os valores intersubjetivos que se encontram neste intercâmbio entre o coletivo e o individual. Este seria o ponto crucial para o estudo da *différance*.

Quando se coloca em questão a alteridade no plano da identidade e suas conseqüências, deve-se pautar a experiência do sujeito, ultrapassando o plano dos significantes arbitrários. A relação dialética entre individual e social é algo que o autor González Rey (2004b) sempre questiona, para ele não existe uma dimensão social e outra individual, atuando de forma dicotômica. Estão em constante diálogo, não existe um social atuando sobre um sujeito passivo, existe uma construção de sentido, que o autor denomina de subjetividade social.

Na citação do mesmo autor, segue-se:

---

<sup>12</sup> O autor Derrida(2002) utiliza-se do trocadilho *différance* para mostrar a impossibilidade de diferenciar pela fala a palavra *différance*, uma vez que o sufixo *-ence* e *-ance* tem exatamente o mesmo som no idioma francês, uma ambigüidade que não ocorre quando essas palavras são escritas. Com esse jogo de letras, ele também quer demonstrar como qualquer signo (nesse caso o escrito) evoca e invoca traços de outros signos na significação.

A cultura é uma produção subjetiva que expressa as condições de vida do homem em cada momento histórico e em cada sociedade concreta, mas que constitui uma produção diferenciada que indica precisamente o curso dos processos subjetivação que orientaram a ação humana em cada época e ambiente em que essa ação foi realizada (2004, p. 125).

A subjetividade em discussão inclui diferenciar o que é sentido e significado para o sujeito. Na filosofia humanista de Lévinas (1964) o significado estaria no campo dos objetos para si, o dado pronto. O sentido é algo que não se prende ao dado e sim na singularidade que envolve a construção de sentido. Como o trabalho do escultor, ele significa e ressignifica as imagens a partir de uma construção dialética na sua subjetividade. Como o autor coloca:

A essência da linguagem a que os filósofos concedem agora uma função primordial – e que vai marcar a própria noção de cultura – consiste em fazer luzir, para além do *dado*, o ser no seu conjunto. O dado receberia uma significação a partir desta totalidade (1993, p. 27).

O autor González Rey (2003), acredita no potencial que cada sujeito possui para ir além do *dado*, rompendo com a idéia de uma essência humana. Como ele mesmo cita em relação ao humanismo: “Contudo, nessa perspectiva se resgata o indivíduo como sujeito ativo e criativo, capaz de assumir posições ante as diferentes situações que enfrentam , o que não se tinha logrado nem na psicanálise nem no behaviorismo” (p. 59)

A visão de sujeito ressaltada tanto na subjetividade social como na teoria de identidade explicitada aqui, passa longe de teorias atemporais e ahistóricas, não existe uma constituição fixa da subjetividade ou da identidade, ela é sempre dinâmica em sua totalidade.

O próprio sujeito, da presente pesquisa corrobora e comprova este pensamento, ao construir narrativas e sentidos que não estão presentes de maneira literal e fixa nos sistemas culturais de origem e nem por onde transitam. A tríade, construção, desconstrução e reconstrução de identidade, apresentam-se de maneira pontual nestes sujeitos.

Segundo Castoriadis (2007), diferente do indivíduo biológico, que simplesmente capta informações do mundo externo para melhor moldar seu organismo ao meio, o sujeito social-histórico não é passivo porque não existe uma realidade pronta para ser assimilada, ela é construída pelo vários sentidos que vão se formando na relação dialógica entre sujeito e mundo. Como o autor diz:

Há uma maneira de apresentar a existência do vivente como a de um autômato a quem o ambiente forneceria informações, a partir das quais diferentes dispositivos de elaboração trabalhariam, com resultados que colocariam em movimento programas de resposta ou de ação e assim por diante. Essa idéia é completamente absurda, no nível radical, no nível derivado e mesmo analógico, pela simples razão de que não há, enquanto tal, nenhuma “informação” na natureza (p.79).

Com isso, a construção de identidade do sujeito da diáspora é uma construção de significados perpassando por constantes conflitos, pois, não existe um papel social com uma representação construída *a priori*, depende do contexto que este se encontra e o sentido construído nessa relação (Castells, 1996).

Logo, a representação existente sobre o que seria refugiado, imigrante, exilado, entre outros papéis sociais constituídos pelo sistema para os sujeitos que estão na situação de diáspora, vai depender das várias narrativas construídas nas trocas locais em que estes se conectam. As conseqüências derivadas dessas trocas, excluindo as definições reducionistas, no sentido qualitativo, como “positivo” ou “negativo”, apresentam subrepresentações dependentes da individuação<sup>13</sup> que cada sujeito constrói, independente ou não da representação dominante na sua condição de refugiado, especificamente.

---

<sup>13</sup> Conceito do autor Giddens(2002), para este, o processo de modernização, fez os indivíduos tomarem suas próprias decisões, criando auto-identidades.

As trocas ocorrem porque os sujeitos são capazes de agir e pensar sobre si e o que os cerca. Seguindo o pensamento de Arendt<sup>14</sup> (2005), diferentemente do “*animal laborans*”<sup>15</sup>, o “*homo faber*”<sup>16</sup> ele possui como grande ferramenta para a sua sobrevivência o “mercado de trocas. A criação do produto é solitária, mas o ambiente onde ele negocia os seus produtos pertence à esfera pública. Ele precisa existir aos olhos do outro como sujeito de ação e não um escravo à espera da compaixão de outrem.

Em muitas situações, o “*homo faber*” não é bem-vindo, historicamente na Grécia antiga eles eram exterminados por serem uma ameaça a *polis* (Arendt, 2005). No caso dos refugiados, estes são sujeitos viajantes, forçados a saírem de sua vida cotidiana, obrigados a viverem em lares hostis a sua presença, passam por experiências que os leva a construir formas de sobrevivência, a partir do cotidiano local que estão inseridos, ressignificando o seu próprio saber de maneira dialógica, subvertendo a situação aparentemente negativa, que muitas vezes é colocada para estes sujeitos.

Para Bhabha (1998), as trocas ocorrem através de suas diferentes manifestações, resultando em modalidades híbridas de expressão que desafiam conceitos de autenticidade e pureza, sobre as quais o poder colonial se apóia. Para o autor hibridismo é uma forma altamente eficiente de oposição subversiva, expondo as formas de discriminação e dominação colonial. A possibilidade da fala do subalterno conseguir vencer os obstáculos já mencionados existe quando esta fala imita parodicamente o discurso dominante, subvertendo e ameaçando a autoridade que legitimou o discurso do colonizador.

---

<sup>14</sup> Apesar da autora não centrar no tema proposto na presente pesquisa, introduz alguns conceitos relevantes para a reflexão sobre identidade e subjetividade social dos refugiados.

<sup>15</sup> Para Arendt (2005), é o homem que possui uma vida alheia ao que o cerca, não consegue produzir nada, é totalmente dependente de outras pessoas.

<sup>16</sup> Segundo Arendt (2005), seria o homem que consegue modificar o seu meio através de ferramentas criadas por ele mesmo.

Ao contrário deste pensamento, Spivak (1985), coloca que não existe a possibilidade da criação de uma posição de fala para os grupos e indivíduos verdadeiramente subalternos. As dificuldades, ambigüidades e contradições envolvidas na construção de uma categoria de "subalterno"<sup>17</sup>, levam Spivak a crer que não possa existir um "*sujeito subalterno*" que se conheça e fale por si mesmo.

Falar em subalternidade, para os sujeitos que estão na condição de “refugiado”, por todo contexto apresentado anteriormente, apresenta algumas complexidades, o referencial cultural de origem é muito forte, percebem-se como estranhos na cultura local e que nunca mais vão conseguir se adaptar em nenhum lugar (Clifford, 1999).

Outros fatores -como preconceito de gênero, racismo e xenofobia- contribuem de maneira negativa na permanência destes no Brasil. Segundo Goffman (1963), o outro é visto como um estranho, uma ameaça. Como o autor diz:

“As rotinas de relação social em ambientes estabelecidos nos permitem um relacionamento com “outras pessoas” previstas sem atenção particular. Então, quando um estranho nos é apresentado, os primeiros aspectos nos permitem prever a sua categoria e os seus atributos, a sua “identidade social”.” (Goffman, 1963, p.12)

Em muitas situações de diáspora, a tensão decorrente desse estranhamento mútuo de identidade, pode ter como consequência o desenvolvimento de algum tipo de fundamentalismo de identidade, que leva ao totalitarismo entre grupos, como no caso de Israel e da Palestina, onde os conflitos culturais têm se intensificado a cada dia (Clifford, 1999).

Para Morin (2003) o “diasporado” segue uma descontinuidade em sua vida, como se não houvesse uma reta contínua para se seguir. As palavras “alteridade” e

---

<sup>17</sup> Para esta autora, um indivíduo ou grupo na situação de subalterno não possui uma fala clara e precisa, que possa enfrentar com sucesso tanto as práticas e estratégias coloniais quanto as tentativas de homogeneização dos diferentes grupos de subalternos.



“diferença” passam a fazer parte da rotina daqueles que partem sem horizonte certo, como no caso dos refugiados.

### **Metodologia:**

#### **Sujeitos**

Os indivíduos que participaram da pesquisa se encontravam na situação de refugiados, segundo o estatuto jurídico da lei número 9.474/97, relacionado à Proteção Internacional dos Refugiados, independente de sua nacionalidade e sexo. Eram maiores de dezoito anos de idade e não estavam *sub-judice*, ou seja, foram aceitos em território nacional Brasileiro como refugiado, totalizando 15 entrevistados. Além disso, fiz um mapeamento do campo, ou seja, tive contato com pessoas que mantêm relação com os refugiados, totalizando 10 entrevistas extras, conheci algumas moradias destes no Rio de Janeiro.

Duas organizações não-governamentais brasileiras me concederam os contatos com os refugiados, o IMDH (Instituto de migração e direitos humanos) sediada em Brasília, a Cáritas do Rio de Janeiro. Além destas, a Acnur (Alto Comissariado das Nações Unidas para Assuntos dos Refugiados) com informações a respeito das leis que resguardam os direitos dos refugiados, Conare (Comissão para assuntos dos refugiados) com dados estatísticos e Niem – RJ (Núcleo Interdisciplinar de estudos migratórios da Uerj) com informações acerca de bibliografia e trabalhos desenvolvidos com o tema.

#### **Local**

A coleta de dados foi feita no Estado do Rio de Janeiro e no Distrito Federal, não implicou na entrada em nenhuma instituição, pois, os indivíduos se encontravam na situação de refugiados, gozando de todos os direitos de liberdade como qualquer cidadão comum brasileiro. Por isso, fiz as entrevistas em lugares que estavam de acordo

com o desejo dos sujeitos da pesquisa. Vale ressaltar que no Brasil não existe campo de refugiados como em alguns países da África.

### **Tipo de Pesquisa**

Um aspecto da pesquisa foi bibliográfico, isto é, análises de produções acadêmicas que tratam do assunto envolvendo o tema migração e suas implicações. Tive algumas dificuldades para encontrar bibliografia específica sobre o objeto de pesquisa. E integrei leituras correlatas ao assunto, referentes ao processo de globalização, à condição pós-moderna e suas implicações sobre a construção da identidade.

Outro aspecto da investigação foi etnográfico, envolvendo pesquisa de campo, com entrevistas semi-estruturadas, para um melhor entendimento dos substratos envolvidos no fenômeno que está sendo pesquisado.

A abordagem metodológica é de cunho qualitativo, por ser adequada para o entendimento do embasamento teórico da subjetividade e identidade, se tratando de um tema que não é acessível diretamente. A pesquisa qualitativa busca extrapolar todas as delimitações que a Pesquisa hipotético-indutiva e hipotético-empírico-indutiva impõe sobre o objeto de pesquisa, como citado por González Rey (2005a):

A pesquisa qualitativa proposta por nós representa um processo permanente, dentro do qual se definem e se redefinem constantemente todas as decisões e opções metodológicas no decorrer do próprio processo de pesquisa, o qual enriquece de forma constante a representação teórica sobre o modelo teórico em desenvolvimento (p.81 ).

### **Instrumentos de Pesquisa:**

Foi utilizada entrevista semi-estruturada, abrangendo alguns temas referentes à experiência de ser refugiado no Brasil. Não fixei um tempo específico para as entrevistas, que tão pouco contou com a presença de observadores no momento de sua realização, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com as

devidas explicações além de procurar explicar o objetivo da pesquisa. Os nomes dos sujeitos da pesquisa vão ser mantidos em sigilo. Utilizei apenas iniciais alfabéticas de maneira aleatória, para não comprometer e preservar os sujeitos desta pesquisa.

**Material:**

Foi utilizado um gravador, todos os conteúdos que se encontram nas gravações, estão devidamente guardados.

**DISCUSSÃO:****A Representação de Saúde no Contexto das Migrações Forçadas**

As diferenças culturais no âmbito da saúde, em alguns casos é o primeiro problema que os refugiados enfrentam após a travessia penosa que são obrigados a passar.

Quando cheguei aqui estava praticamente inconsciente, me tocaram, fizeram exames, colocaram agulhas, não sabia o que era pior, aquelas pessoas me tocando sem perguntar o meu nome, mal olhavam para meu rosto e depois fui embora sem entender o que ocorreu, no outro dia já eram outras pessoas que vinham e cuidavam de mim, achei estranho à maneira como cuidam da saúde aqui (relato de Z.).

O estranhamento de Z. em relação ao tratamento dispensado por parte do corpo de saúde, reflete a sua condição de refugiado por lei possuem os mesmos direitos a atendimento médico que os demais cidadãos brasileiros. A questão é que os cidadãos brasileiros sentem-se insatisfeitos com o sistema de saúde existente, logo, os migrantes forçados vivenciam uma insatisfação maior, por não entenderem os códigos culturais locais no que concerne à questão da saúde.

Além de possuir inúmeros problemas de assistência social a sua população, o Brasil ainda possui um referencial no campo da saúde de base eurocêntrica, ou seja, não

levam em consideração as diferenças identitárias e sociais, a visão de saúde e doença está separada do contexto sócio-histórico dos sujeitos em geral.

Para o autor González Rey (2004a), existe uma preocupação intensa da medicina vigente sobre a doença dos órgãos, em categorizar e classificar conceituações que tendem a fragmentar o sujeito. Os aspectos psicossociais representam apenas uma gama de somatizações que influenciam o adoecimento, persiste neste modelo uma dicotomia entre sujeito e social.

E no caso dos sujeitos em situação de diáspora, por estarem em uma situação ambivalente com relação aos seus códigos culturais de origem e aos códigos locais, não conseguem entender essa diferença entre sujeito e social. Para alguns essa relação não existe porque tudo está integrado, corpo, alma, social e cultural. A fala de S. corrobora essa colocação quando diz:

Toda semana vou parar no médico, tenho problemas de pele, respiratório, já tive pneumonia, estou com problemas de pressão alta, nunca tive isso quando estava em meu país,...desde que me tornei isso não consigo ter paz e ainda por cima, quando acho que posso contar com alguém, estou enganado,o médico só me passa remédios e diz que os meus problemas podem ter haver com o que eu estou passando, mas com os remédios vou melhorar, para mim os meus problemas de saúde não estão distantes de tudo que eu estou passando, está em conjunto, meu corpo, meus pensamentos, meus problemas de saúde, o fato de estar na situação de refugiado, tudo está em movimento, não consigo entender essa separação que o médico faz.

A crítica que S. faz em relação ao saber da medicina local retrata o quanto esta nega a produção de conhecimento do sujeito sobre sua situação, nega os processos de subjetivação existente no processo de adoecimento. Como diz o autor González Rey (2004b): “A dimensão social da saúde foi desprezada se comparada à atenção que receberam os aspectos orgânicos e somáticos, os quais, durante anos, definiram os rumos fundamentais das pesquisas médicas.” (p.14).

A influência do social sobre aspectos relacionados à doença é algo ainda olvidado no presente contexto, o caso de S. corrobora esta colocação. A questão do uso de medicamentos como forma de “curar”, como se não fosse preciso ouvir mais nada além dos sintomas, “quando vou ao médico, ele nem olha para mim, só pergunta se eu estou sentindo alguma coisa em meu corpo, se falar alguma coisa sobre minha vida, ele corta na hora, eu não importo e sim minha doença.” (relato de S.).

Para S. o social tem tanta importância quanto à doença, nem todas as concepções culturais possuem uma visão dicotômica sobre a doença, por isso o fato de passar remédios, não faz nenhuma diferença para este sujeito, segundo a autora Barros (2004) a idéia de saúde e doença entre algumas civilizações estão relacionados à idéia de equilíbrio e interdependência de elementos visíveis e invisíveis, como a autora diz:

“..desde o nascimento, o ser humano está sujeito ao controle de elementos naturais e a sobrevivência depende da capacidade de encontrar um equilíbrio em um ambiente que contém elementos favoráveis e desfavoráveis. O conhecimento destes elementos confere poder de conservar ou alterar aquele equilíbrio que representa a saúde, ainda que à distância.” (Barros, 2004, p.72).

Negar a existência de substratos sociais no contexto da saúde é desqualificar a capacidade dinâmica dos sujeitos. A medicina dita “ocidental” tenta encapsular os sujeitos em espaços classificatórios, independente do sistema que estes participam, o que é arbitrário e ineficiente. Para o autor Gadamer (1993), o tecnicismo da medicina moderna trabalha com o geral, não lida com o peculiar e outras pessoas não podem ter acesso a esse conhecimento, pois, está no âmbito das ciências médicas e não do senso comum.

Corroborando a colocação acima, N. diz que:

Não vou mais ao médico aqui, ele não faz parte de mim, quando eu falo, ele não ouve, fica só olhando para um papel em branco, me manda fazer vários exames, não fala comigo, passa a medicação, eu não tomo, ele não explica porque eu tenho que ingerir aquela medicação. Ele

não entende o que eu falo, eu não entendo o que ele fala, está distante de mim, de onde eu vim não existe essa distância entre o homem que cuida dos enfermos, ele vai a casa, muda os objetos de lugar, fala com a pessoa, não é dentro de um ambiente fechado, é na natureza, é muito diferente, você precisa ir onde eu moro para sentir, não adianta eu falar apenas, é preciso vivenciar, isso que os médicos não sabem fazer.

O ruído na comunicação entre paciente e saber médico é recorrente na fala deste sujeito. Em função do distanciamento entre saberes o paciente é deslegitimado em seu discurso e apenas o médico pode decodificar os seus sintomas. Para o autor Boltanski (2004) a relação entre médico-paciente é assimétrica o médico faz parte de uma classe acima, tem o poder da cura em suas mãos para este o paciente é passivo, deve apenas esperar o resultado de sua melhora, não existe diálogo nesta relação.

Esse tipo de relação existente entre médico e paciente, causa um estranhamento nos sujeitos desta pesquisa. Para estes não é o “normal”, a troca de conhecimento é fundamental para o êxito no tratamento. Como coloca S.:

Para mim o paciente como chamam aqui, a pessoas que busca cuidados para a saúde, também possui um conhecimento sobre os seus problemas, ele (o médico) não tem como saber tudo, ele nem sabe quem eu sou, porque eu estou ali naquele momento, como pode me ajudar,...quando eu falo da relação de meus problemas de saúde com a situação que eu estou vivendo, ele fala para eu ir ao psicólogo, eu já estou me sentindo perdido, sem saber para onde ir e o que pensar, ainda tenho que me dividir mais, eu não posso dividir os meus problemas, acho uma falta de respeito com nós, me sinto como uma peteca.

A medicina vigente, além de deslocar o sujeito de maneira orgânica e objetivista, excluindo a singularidade deste, dividiu-se em especialidades: existe médico para tratar das mais diversas enfermidades dos órgãos. Quando o problema não é considerado “orgânico”, então é emocional, logo, o Psicólogo cuida desta questão, a *psiquê* humana. Segundo Foucault (1980), existe uma geopolítica do corpo no saber médico dominante.

A hermenêutica da medicina busca traduzir através da linguagem do paciente, um quadro geral sobre seus sintomas e assim curá-lo.

No caso dos relatos mencionados neste capítulo, para estes sujeitos não importa apenas a cura, até porque a relação semiótica entre doença e morte ocorre de outra forma. Para estes a morte não é visto como algo negativo, não faz nenhum sentido “lutar contra morte”. Eles buscam uma construção de sentido para continuar a caminhar.

Como diz N.:

Eu não entendo porque as pessoas buscam tantos remédios para não morrer aqui, eu não quero isso, não é um comprimido que vai me ajudar, eu faço parte de uma natureza em movimento, não estou apenas nela, eu cresço com ela, não existe morte, eu estou sempre germinando como está planta e ela comigo.

Para N. não existe diferença entre “corpo, natureza, Deus e eu”, a idéia sobre adoecimento, tratamento e cura, também é construída de forma diferente, não existe uma dicotomia entre social e singular, a subjetivação está em constante desenvolvimento, como diz o autor González Rey (2005a):

A subjetividade, então, é um sistema em desenvolvimento, no qual as novas produções de sentidos constituídos nas atividades do sujeito influenciaram o sistema de configurações da personalidade, não de modo imediato, mas de modo mediato nos processos de reconfiguração que acompanham a constante processualidade dos diferentes sistemas de atividades e de relações do sujeito (p.35).

A representação sobre saúde no contexto das migrações forçadas, envolve um diálogo de identidades, o sujeito da diáspora está em constante movimento, fluindo entre espaços e códigos culturais diferentes a cada momento. A troca existente a partir das diferenças pode levar a um entendimento sobre as várias concepções sobre doença, ainda mais quando relacionada à dimensão social.

### **E o Modelo Biopsicossocial...**

No capítulo anterior, foi possível visualizar a representação de saúde para os sujeitos na situação de refugiados, confrontando a fala de alguns sujeitos com o contexto em que estes estão inseridos. A visão biomédica predominou na discussão anterior, pois, não foi possível perceber a inserção do modelo biopsicossocial em relação às práticas médicas citadas. No presente capítulo, será apresentado como ficaria a representação de saúde dos refugiados no contexto biopsicossocial.

Estabelecer uma proposta de diálogo entre biológico, *psíquico* e social, não é uma tarefa simples. Apesar de haver discussões acerca do tema, que visa sua inserção no contexto da saúde, na prática ainda existe uma tendência em priorizar um aspecto, o biológico, o social ou o psicológico.

Vejamos o caso de M., chegando ao Brasil, ela deparou-se com muitas questões, ela foi obrigada a fugir de vários países, ela é mulçumana, proveniente de um país do continente africano. No decorrer de seu percurso até o Brasil ela foi violentada e houve tentativas de aliciamento para prostituição forçada.

O fato é que M., ao chegar neste país, foi encaminhada para um atendimento psicológico. O profissional interpretou que o seu problema estava ligado ao fato dela ter sofrido uma circuncisão do clitóris, para M. não fazia nenhum sentido essa colocação, como ela diz:

*A mulher tem um dom, filhos, ter filhos, é algo sagrado. Lá têm um psicólogo, só que não entende, não goste i, os meus problemas que eu tenho agora, é porque eu sou refugiada, antes eu não tinha. Os médicos só falam em stress, não examinam, olham para mim, meu nome e passam remédios. Isso acontece com outros refugiados.*

O profissional de saúde, na situação apresentada acima, preocupou-se com a técnica e produziu o sintoma no consultório, sem levar em consideração os aspectos sócio-culturais constitutivos na situação de M.. Houve uma preocupação tanto do



médico como do psicólogo em classificar o sintoma de M. a partir da construção teórica que cada um defende, ou seja, não houve uma construção biopsicossocial.

Segundo a autora Ferreira (1994) as relações entre saúde e doença, envolvem aspectos sociais em que o sujeito está inserido. Até mesmo o conhecimento médico é constituído dentro do contexto sócio-cultural em que está inscrito. Os dois profissionais que fizeram o atendimento a M., estavam preocupados com os sintomas, para assim ter acesso ao que poderia estar incomodando a paciente. Para o autor Gadamer (2006), existe uma diferença entre o conhecimento médico científico e aquele que caracteriza a prática clínica: o primeiro preocupa-se apenas em estabelecer um princípio geral aplicável para todas as enfermidades, enquanto o segundo conhecimento estabelece a necessidade de um conhecimento que leve em consideração o contexto em que o sintoma se apresenta.

No decorrer da pesquisa de campo, foi estabelecido um contato com o profissional da área de psicologia que faz os atendimentos aos refugiados encaminhados pelo atendimento jurídico ou por um médico. O profissional colocou-me que leva em consideração aspectos biopsicossociais para entender a *psicodinâmica* dos refugiados.

Ele colocou que buscou algum tipo de bibliografia sobre a psicodinâmica em contextos culturais não-hegemônicos. Para este, todos apresentamos um Édipo de alguma forma. Comodiz W.:

*Apesar de existir pouca bibliografia a respeito do tema, eu sei que existe uma psicodinâmica comum entre as pessoas, você já deve ter estudado sobre o inconsciente coletivo e sobre o complexo de Édipo. Aqui, chegam todos os dias inúmeras pessoas, de várias nacionalidades e culturas, eu preciso encontrar um ponto em comum para o caso deles, se não, seria inviável o meu trabalho. A maioria apresenta problemas como à síndrome do regresso ou a síndrome do migrante, essa leitura ajudou o meu trabalho.*

Partindo da fala de W., fica claro o quanto a formação do profissional de saúde para atuar com base no modelo biopsicossocial é ineficiente. Como diz o autor Riechelmann (2006, p. 174):

*Temo que hoje nossas escolas formam médicos que conhecem apenas o corpo, executam técnicas e condutas diagnósticas e terapêuticas, preocupam-se com a produtividade do serviço de saúde e se dão por satisfeitos se, usando medicações meramente sintomáticas, fizerem o paciente voltar a executar suas tarefas de produção.*

Em relação ao profissional de psicologia, o autor Riechelmann (2006) coloca que ao sair da faculdade ou de alguma formação, este profissional está apto a executar técnicas *psicodiagnósticas* ou *psicoterapêuticas*, preocupando-se apenas na manutenção de um *status quo*. Existe uma necessidade em estabelecer uma “*produção própria e do paciente*” (p. 174).

Na fala de W., também foi possível visualizar a entrada de uma síndrome. quando algo é desconhecido ou não se enquadra em nenhuma semiologia médica corrente, atribui-se um novo diagnóstico. A “síndrome do migrante” ou “síndrome psicossomático de desadaptação”(Mello Filho, 2002, p.202), que tem sido habitualmente atribuída às situações em que os sujeitos imigrantes, que apresentam algum tipo de sintomatologia física, psíquica ou em conjunto, por causa do processo migratório (Helman, 2000).

Existe uma divisão por categorias, para estabelecer qual tipo de patologia determinada nacionalidade, sexo e faixa etária apresentam com mais frequência. Os indivíduos do sexo masculino, provenientes do continente asiático, apresentam alcoolismo, tabagismo e diabetes tipo 2. As mulheres asiáticas apresentam obesidade, enquanto os jovens praticam vandalismos e são usuários de drogas (Mello Filho, 2002).

Existem outras categorizações, voltadas para imigrantes latinos e do continente africano e assim por diante. A tentativa estabelecer uma relação em termos de

síndromes e categorizações gerais no contexto migratório, torna-se problemática. Não deve ocorrer de forma arbitrária e estática, porque a cultura e os sujeitos que nela estão inseridos são dinâmicos.

Como diz a autora Ferreira (1994):

*As sensações corporais experimentadas pelos indivíduos e as interpretações médicas dadas a estas sensações serão feitas de acordo com códigos específicos a estes dois grupos. A capacidade de pensar, exprimir e identificar estas mensagens corporais está ligada a uma leitura que procura determinada significação (p.102).*

Ao buscar um significado para o que o sujeito está expressando, o profissional de saúde tem que possuir um olhar e uma escuta atenta sobre o sujeito, antes de pensar em estabelecer algum tipo de síndrome ou patologia, como se houvesse uma urgência em encaixar o sujeito a sua frente em alguma categoria.

É possível perceber a partir da discussão presente, que ainda existe na visão biopsicossocial um predomínio de estabelecer uma geopolítica<sup>18</sup> sobre o corpo dito adoecido. Existe uma relação de poder intrínseca à relação entre o profissional de saúde e o paciente. Até mesmo o conceito paciente remete a algo *passivo*.

É importante ressaltar que todas as culturas de alguma forma possuem categorias sobre o que é patológico, dentro de uma significação e construção sócio-cultural própria, que muitas vezes não possui tradução para outras línguas, como no caso da etnia dogon, que utiliza a palavra *wewe* para definir loucura, mas a palavra não possui diretamente essa tradução, é apenas uma aproximação entre significado e significante do conceito *wewe* para outros grupos culturais (Dias Barros, 2004).

Logo, a questão do presente trabalho não é negar ou excluir a visão biomédica e biopsicossocial e sim de abrir novos espaços para reflexão e discussão. O conhecimento deve ser usado para construir e não para excluir, mas, para que ocorra um processo de

---

<sup>18</sup> O termo geopolítico que apresento aqui, refere-se à idéia do autor Foucault, onde o corpo adoecido estaria submetido a um poder abstrato concedido ao médico (Foucault, 2006).

desconstrução e construção de conhecimento que leve em consideração as diferentes formas de pensar e agir existentes no mundo, é preciso abrir mão de determinados dogmas, algo muito presente na representação médica.

## CONCLUSÃO

Inicialmente o uso do termo modelo, pressupõe uma continuidade, segundo o dicionário de filosofia, a palavra modelo quer dizer: *“É a ordem dos elementos de que se compõe, e não pela natureza desses elementos. Por isso, dois modelos são idênticos se a relação de suas ordens puder ser expressa de maneira biunívoca (Abbagnano, 2000, p.678).*

O modelo biomédico e o modelo biopsicossocial encaixam-se na conceituação colocada acima, pois, ambas ainda estão interligadas pelo mesmo paradigma. Existe uma visualização de sujeito fragmentado, a necessidade de atribuir categorias universais a um fenômeno – como no caso das síndromes – e não existe uma ruptura de conhecimento entre a visão biomédica e o modelo biopsicossocial.

Entre o modelo biomédico e o modelo biopsicossocial, temos a psicossomática. Apesar de levar em consideração aspectos emocionais no processo de adoecimento não abandonou o discurso dualista, respaldando a existência de conteúdos inconscientes que são *lançados* sobre o corpo. Através do controle do aparelho psíquico haverá uma modificação ou melhora no quadro sintomatológico (Castiel, 1994). A psicossomática atribui uma ordem sobre o fenômeno, partindo da mente para o corpo, mas não existem comprovações suficientes que o processo de somatização ocorra desta maneira.

Até mesmo o próprio fundador da psicanálise não entrou neste mérito, Freud introduziu que existem conteúdos subjetivos que influenciam no processo de

adoecimento, sem contudo definir quem teria precedência neste processo (Castiel, 1994). O fato é que nem a psicossomática conseguiu romper com o dualismo mente/corpo para tentar entender o processo de adoecimento.

Apesar de a definição biopsicossocial distanciar-se da medicina convencional ao incluir a dimensão social como um fator que deve ser levado em consideração no campo da saúde, não podemos dizer que houve uma ruptura. O conceito de ruptura não pode ser empregado em uma *repetição*, principalmente, quando a construção perpassa organizações sociais e culturais complexas e envolve relações de poder e manutenção de um conhecimento hegemônico (Foucault, 2007).

Quando o profissional de saúde define as trocas culturais em um campo puramente concreto e individualizado, esquece-se que o sistema cultural se constitui como um sistema simbólico, não basta possuir um conhecimento técnico. Segundo o autor Gadamer (2006), a construção do conhecimento médico “ocidental”, desenvolveu-se em conjunto com as inovações tecnológicas em uma sociedade cada vez mais industrializada e automatizada. Com isso, a atuação médica ficou presa a uma técnica, e as pessoas que fazem uso do técnico de saúde são apenas objetos a espera de conserto.

A questão é que nem todos os indivíduos estão vivenciando essa realidade, nem todos estão vivenciando grandes avanços tecnológicos e nem a espera destas inovações. Vamos pensar sobre o caso de G., proveniente de um país do continente africano. Ao chegar ao Brasil, foi buscar um emprego de pedreiro, ao ser demitido após um dia de trabalho, não viu mais sentido em sua vida, não queria mais viver, pois, a função de pedreiro em sua cultura de origem é uma profissão importante. Poucas pessoas são capazes e habilitadas a construir uma casa em sua cultura, logo, é uma vergonha para ele se colocado de lado.

Por fim, G. foi atendido por um médico, que indicou o uso de antipsicótico e tratamento psicoterápico, pois, ele apresentava um tipo de psicose, segundo o psiquiatra que o atendeu. Concluindo, G. não tomou o remédio, não fez o tratamento psicoterápico, porque não conseguia ficar dentro de uma sala fechada com outra pessoa – vale ressaltar que a arquitetura das casas onde G. nasceu não possui portas – e ninguém sabe do seu destino.

A experiência de G. serve para ilustrar que o conhecimento médico e psicológico vigente não conseguem alcançar a dimensão sócio-cultural em que os refugiados estão inseridos. No caso de G.- e de tantos outros com quem mantive contato-, a dimensão eu/outro de forma individualizada, praticamente não existe, quando um sujeito adoece, é um sistema que está doente.

A noção de pessoa individualizada é uma visão característica do modelo biomédico e característica das sociedades modernas que persiste em manter-se na psicologia e na medicina, atendendo a “demanda” de um determinado grupo social. As psicoterapias existentes, privilegiam um determinado grupo, sujeitos que possam, de alguma forma falar sobre um “eu”. Dependendo do contexto que a pessoa esteja, como o caso de G. , por exemplo, isto não faz nenhum sentido.

Para o autor Bizerril Neto (2007) existem culturas que entendem o processo de adoecimento como parte de uma coletividade, dependendo do contexto pode ser entendido como alguma patologia psiquiátrica - como o modelo médico tradicional, por exemplo- sem levar em consideração aspectos sócio-culturais.

O mesmo autor cita o caso de um homem de 40 anos, que acreditava está doente porque havia um dente em seu corpo, proveniente de alguém que já morreu. Este sujeito pertence à etnia Ndembu do Zâmbia e faz parte de uma pesquisa do antropólogo Victor Turner.

Segundo o autor Turner, na cultura Ndembu a pessoa que apresenta esse tipo de enfermidade é tratada em conjunto com os espíritos que estariam causando a enfermidade do sujeito e junto com a comunidade local, após um ritual comunitário, onde todos os envolvidos expõem seus desafetos, é que pode haver uma cura.

O caso citado acima demonstra o movimento de uma comunidade em prol de um mesmo objetivo, curar a enfermidade de um dos seus membros de maneira compartilhada. No caso de G., por ele não está em seu contexto cultural, não foi entendido da mesma maneira.

Lógico que não devemos negar a existência de aspectos subjetivos, influenciando as ações dos sujeitos que estão na situação de refugiado, mas, não devemos acreditar que a idéia de subjetividade seja a mesma, em todos os contextos.

Por isso, não deve-se colocar o contexto social e nem o individual em um lugar de destaque, porque seria um retrocesso no conhecimento e não um diálogo construtivo. A sociologia e a Psicologia Social, por um bom tempo, negaram a experiência simbólica no desenvolvimento humano, caindo em um reducionismo sociológico (González Rey, 2002).

Os *-ismos* devem ser evitados em todas as situações – a psicológica, social e biológica -, a necessidade de um trabalho interdisciplinar torna-se necessário. Não se trata de criar novos conceitos ou novos modelos, como no caso da transição da visão biomédica para a visão biopsicossocial, o que seria uma reificação.

Quando o profissional de saúde apropria-se do discurso biopsicossocial, porque ele acredita na existência de um conteúdo “social” ou que existam fatores psicológicos influenciando o processo de adoecimento, de forma direta, mas na prática continuam a utilizar modelos estratificados, não compreendendo a existência de vários fatores

subjacentes na relação entre saúde e doença que não podem ser medidos e nem visualizados diretamente, trata-se de uma *reificação* (Gould, 1999).

É como se a criação de novos termos, oferta-se algum tipo de validade e fidedignidade científica. Algumas áreas do conhecimento apropriaram-se das construções gramaticais de alguns conceitos para firmaram-se como um novo campo de saber, independente de sua construção teórica (Foucault, 2007).

O fato é que não existe um modelo de saúde que consiga resolver todos os problemas de saúde, pois, são vários *habitus*, com grupos sociais e sujeitos variados, que possuem seus próprios signos para entender o processo de adoecimento, por parte dos profissionais de saúde existe uma dificuldade em entender a cultura do outro e vice-versa. O trabalho do profissional de saúde envolve habilidades de tradução cultural, que não deve ser olvidado. (Boltanski, 1989; Ferreira, 1994).

Tanto a visão biomédica como a visão biopsicossocial foram influenciadas por áreas do conhecimento, que colocaram o social e o cultural como um fator secundário, o *bio* e o *psy* obteve uma predominância maior nestes dois modelos, cada qual a sua maneira. É possível inferir que o modelo biomédico, possui em seu embasamento teórico, uma leitura moderna, caracterizada por uma idéia de neutralidade sobre o objeto, que deriva das epistemologias e práticas de pesquisa.

A visão biopsicossocial, foi influenciada pela psicossomática, esta por sua vez, como foi dito no decorrer do desenvolvimento deste trabalho, sofreu influência direta da psicanálise e da medicina (De Marco, 2006).

A inexistência de um currículo que respalde a necessidade de entender a relação entre o biológico, o social e o psicológico de forma dialógica compromete a eficácia dos profissionais de saúde. Não existe uma proposta interdisciplinar na formação destes profissionais. A predominância de teorias que possuem uma concepção de ser humano



dicotômico é algo existente nos cursos de psicologia e de medicina no Brasil (Spink, 1992).

A mudança dos currículos na formação dos profissionais de saúde, seria uma parte do processo no desenvolvimento de práticas inclusivas no campo da saúde, é preciso haver uma modificação de paradigma que faça sentido aos profissionais dessa área, além disso, é preciso mudar a estrutura social em termos de políticas públicas e sociais eficientes.

Vejamos o contexto dos refugiados, pertencentes a culturas diferentes, o profissional de saúde de vinte anos atrás no Brasil pode não ter se deparado com esta realidade, mas, o profissional atual tem que se preparar, pois, a tendência é o aumento quantitativo de pessoas na condição de refugiados no mundo. Logo, a emergência de discussões na área da saúde é necessária, todos os entrevistados em minha entrevista de campo passaram no primeiro momento por um profissional de saúde.

Concluindo, para que a proposta biopsicossocial venha a existir de *facto*, é preciso romper com a idéia de *modelos* e princípios arcaicos que em nada contribuem para o desenvolvimento humano com mais igualdade, em um contexto em que inexistam privilégios por classe, gênero, raça ou etnia. O conhecimento científico não deve caminhar no sentido da exclusão de saberes e sim de inclusão.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNAMO, Nicola. Dicionario de filosofia. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ALMEIDA, Guilherme Assis de. *A lei 9.474/97 e a definição ampliada de refugiado: breves considerações*. In: ALMEIDA, Guilherme Assis de (org.). *O Direito Internacional dos Refugiados*. Rio de Janeiro: Ed. Renovar, 2001.

ARAÚJO, Nadia de Almeida & AYRES, J. R. C. M. *Cuidado e reconstrução das práticas de saúde*. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004.

ARENDT, Hannah. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 2005.

BALINT, Michael. *O Médico, o seu doente e a Doença*. Lisboa: CLIMEPSI Editores, 1986.

BAUMAN, Zygmunt. *Globalização, as consequências humanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

BAUMAN, Zygmunt. *Comunidade: a busca por segurança no mundo atual*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

BAUMAN, Zygmunt. *Amor Líquido, sobre a fragilidade dos laços humanos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.

BAUMAN, Zygmunt. *Vidas Desperdiçadas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

BAUMAN, Zygmunt. *Tempos Líquidos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.

BHABHA, Homi K. *O local da cultura*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1998.

BIZERRIL, José. *Dilemas classificatórios: Fronteiras entre a experiência religiosa e a Psicopatologia*. Brasília: Universa, 2007.

- BRASIL. *Lei nº 9.474*. 1997. Define os mecanismos para implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, e determina outras providências. **Diário Oficial da União** nº 139 – Seção I – Páginas 15822 – 15824 – 23 de julho de 1997.
- BARROS, Denise Dias. *Intinerários da loucura em território Dogon*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004.
- BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. São Paulo: Ed. Graal, 2004.
- CASTIEL, Luís David. *O buraco e o avestruz*. Campinas: Editora Papirus, 1994.
- BOURDIEU, Pierre. *O Poder Simbólico*. São Paulo: Bertrand Brasil, 2006.
- CANGUILHEM, Georges. *O normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- CARVALHO, Antonio Carlos Duarte De. *Feiticeiros, burlões e mistificadores*. São Paulo: Editora UNESP, 2005.
- CASTELL, Manuel. *O Poder da Identidade*. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 1996.
- CASTORIADIS, Cornelius. *Sujeito e Verdade no Mundo Social Histórico*. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 2007.
- CHAUÍ, Marilena. *Convite À Filosofia*. São Paulo: Ática, 2002.
- CLIFFORD, James. *Itinerarios Transculturales*. Buenos Aires: Gedisa, Ed.1999.
- DEBIAGGI, Sylvia Dantas de. *Psicologia E/Imigração e Cultura*. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo, 2004.
- DE MARCO, Mario Alfredo. *Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente*. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 30, n.1, jan. / abr., p. 60 – 72, 2006.
- DERRIDA, Jacques. *O animal que logo sou*. São Paulo: Editora UNESP, 2002.
- FARR, Robert M. *As Raízes da Psicologia Social Moderna*. Petrópolis: Vozes, 1996.

- PACELLI FERREIRA, Ademir. *A Psicanálise no terreno do outro* In: NETO, Helion Pova e FERREIRA, Ademir Pacelli(orgs). *Cruzando Fronteiras Disciplinares – Um Panorama dos estudos migratórios*. Rio de Janeiro: Ed. Revan, 2005.
- FERREIRA, Jaqueline. *O Corpo Sínico*. In: ALVES, Paulo César & MINAYO, Maria Cecília De Souza (ORGS.). *Saúde e Doença: Um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- FORGHIERI, Yolanda Cintrão. *Psicologia Fenomenológica*. São paulo: Editora Thomas Learning, 2004.
- FOUCAULT, Michel. *O nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- FOUCAULT, Michel. *A Arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.
- GADAMER, Hans – Georg. *O Caráter Oculto da Saúde*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2003.
- GOFFMAN, Erving. *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro: Ed. LTC, 1963.
- GONZALEZ REY, Fernando. *La subjetividad: Su Significación para La Ciência Psicológica* In: FURTADO, Odair E REY, Fernando González (ORGS.). *Por uma epistemologia da Subjetividade: Um debate entre a Teoria Sócio- Histórica e a Teoria das Representações Sociais*. São Paulo: Casa do Psicólogo Ed. 2002.
- GONZALEZ REY, Fernando. *O Social na Psicologia e a Psicologia no Social: A emergência do sujeito*. Petrópolis: Vozes, 2004a.
- GONZALEZ REY, Fernando. *Personalidade, Saúde e Modo de Vida*. São Paulo: Editora Thomson, 2004b.
- GONZALEZ REY, Fernando. *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Editora Thomson,. 2005a.

- GONZALEZ REY, Fernando. *O valor heurístico da Subjetividade na Investigação Psicológica*. In: GONZALEZ REY, Fernando (org.). *Subjetividade, Complexidade e Pesquisa em Psicologia*. São Paulo: Ed. Thomson, 2005b.
- GONZALEZ REY, Fernando. *Psicoterapia, Subjetividade e Pós – Modernidade: Uma Aproximação Histórico – Cultural*. São Paulo: Ed. Thomoson, 2007.
- GOULD, Stephen Jay. *A falsa medida do homem*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- HALL, Stuart. *Identidade cultural na pós- modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.
- HALL, Stuart. *Da Diáspora: Identidades e mediações culturais*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003.
- HELMAN, Cecil G. *Cultura, Saúde & Doença*. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- INWOOD, Michael. *Dicionário de Heidegger*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.
- LAPLANTINE, Francois. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- LÉVINAS. Emmanuel. *Humanismo do outro Homem*. Petrópolis: Vozes, 1993.
- LOPARIC, Zeljko. *Binswanger, leitor de Heidegger: um equívoco produtivo*. *Natureza humana*, 4(2): 383-413, jul-dez. 2002.
- LOPES, Nei. *Enciclopédia da Diáspora Africana*. São Paulo: Selo Negro, 2004.
- MARINUCI, Roberto E MILESI, Rosita. *Introdução*. In: MILESI, Rosita(org). *Refugiados, realidade e perspectivas*. Brasília: Ed. Loyola, 2003.
- MATOS, Ana Paula Soares De & MACHADO, Ana Cláudia Cardoso. *Influência das Variáveis Biopsicossociais na Qualidade de Vida em Asmáticos*. *Psicologia: teoria e pesquisa*. Brasília, Abr-Jun, pp. 139-148, 2007, Vol. 23 n.2.
- MELLO FILHO, Júlio. *Concepção Psicossomática: VISÃO ATUAL*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- MOSCOVICI, Serge. *Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes, 2003.

- MORIN, Edgar. *Meus Demônios*. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 2003.
- LOTUFO NETO, Francisco & SANTANA, Carmen Lúcia Albuquerque de. *Psicodinâmica e Cultura: A Implantação de um programa de saúde mental para refugiados em São Paulo*. In: DEBIAGGI, Sylvia Dantas & PAIVA, Geraldo José. *Psicologia, E/Imigração e Cultura*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- NIETZSCHE, Friedrich. *A Gaia Ciência*. São Paulo: Editora Martin Claret, 2006.
- NOGUEIRA, R. P. *An existential analysis of health*. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.10, n.20, p.333-45, jul/dez 2006.
- OLIVEIRA, Paula Ribeiro M. De. *O migrante, seu drama psíquico e a recepção das diferenças* In POVOA NETO, Helion & FERREIRA, Ademir Pacelli (ORGS). *Cruzando Fronteiras Disciplinares – Um Panorama dos estudos migratórios*. Rio de Janeiro: Ed. Revan, 2005.
- RIEHELMANN, José Carlos. *Medicina Psicossomática e Psicologia da Saúde: Veredas Interdisciplinares em busca do Elo Perdido* In CAMON, Valdemar Augusto Angerami (Org.). *Psicologia da Saúde: Um novo Significado para a Prática Clínica*. São Paulo: Thomas Learning, 2006.
- SAYAD, Abdelmalek. *A Imigração ou o Paradoxo das Alteridades*. Tradução: Cristina Muracho. São Paulo: Editora USP, 1998.
- SPINK, Mary Jane. *Psicologia da Saúde: a estruturação de um novo campo do saber*. In: F.C.B. Campos (Org.), *Psicologia e Saúde: repensando práticas*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- SPIVAK, Gayatri C. *Can the Subaltern Speak?: Speculations on Widow Sacrifice*. Seattle: Wedge, 1985.
- TRAVERSO-YÉPEZ, Martha. *A Interface Psicologia Social e Saúde: Perspectivas E Desafios*. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.6, n.2, p. 49-56, jul./dez. 2001.